

INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO

**O PAPEL DO TERAPEUTA DA FALA
NUMA EQUIPA LOCAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE**

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM TERAPIA DA FALA

Joana da Costa Carvalho

13 de julho de 2015

ÍNDICE

RESUMO	2
INTRODUÇÃO	4
INTERVENÇÃO PRECOCE EM PORTUGAL	7
MODELO DE EQUIPA EM INTERVENÇÃO PRECOCE	16
O PAPEL DO TERAPEUTA DA FALA EM INTERVENÇÃO PRECOCE	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
PERCURSO PROFISSIONAL EM INTERVENÇÃO PRECOCE	33

RESUMO

Segundo a investigação, o paradigma de intervenção recomendado em Intervenção Precoce (IP) parte da compreensão do desenvolvimento infantil numa perspetiva holística, fomentando a ação dos profissionais com base no modelo de equipa transdisciplinar (Serrano, 2007). A atual legislação portuguesa para a IP, o Decreto-Lei n.º 281/2009, que criou o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) e as Equipas Locais de Intervenção Precoce (ELIs) não especifica o modelo de funcionamento das equipas, contudo, a Portaria n.º 293/2013, de 26 de setembro, salienta o trabalho em equipa segundo modelo transdisciplinar. Historicamente, sabe-se que ao longo do tempo, o Terapeuta da Fala (TF) foi integrando equipas de IP, todavia, a primeira referência que encontramos em termos de legislação é referente ao artigo 5.º da Portaria n.º 1102/97 de 3 de Novembro, onde é aberta a possibilidade da constituição de equipas técnicas de IP com terapeutas. Os normativos mais recentes (Despacho Conjunto n.º 891/99, Decreto-lei n.º 281/2009 e Portaria n.º 293/2013) salientam a importância da integração de terapeutas como membros das equipas dos serviços de IP, não ocorrendo uma referência específica ao TF. O presente trabalho pretende analisar o papel do TF em IP à luz do modelo colaborativo de equipa transdisciplinar. Para tal, foi efetuada uma revisão de literatura sobre o tema, tendo por base artigos científicos publicados na área e diretrizes técnicas, assim como a experiência profissional adquirida neste domínio, especificamente numa ELI. Ao longo do trabalho, será realizado o enquadramento da IP em Portugal e será explorado o modelo transdisciplinar, no que diz respeito à sua definição, caracterização, vantagens, desvantagens e evidência científica. O TF desempenha um papel fundamental nos serviços de IP. O conhecimento sobre a prática transdisciplinar é fundamental para a capacitação e desenvolvimento de competências neste domínio, assim como para a divulgação do papel do TF nas ELIs.

ABSTRACT

According to research, the Early Childhood Intervention (ECI) recommended intervention paradigm determines the understanding of child development from a holistic perspective, promoting the action of professionals based on trans-disciplinary team model (Serrano, 2007). The current ECI portuguese law, DL nº. 281/2009, created the National Early Childhood Intervention System (NECIS) and the Early Intervention Local Teams (EILT) does not detail the team model for ECI, however, the Public Law Nº. 293/2013, emphasizes teamwork by trans-disciplinary model. Historically, we know that, over time, Speech-Language Therapist (SLT) was integrating ECI teams, however, the first reference we find in terms of legislation, refers to Article 5 of Decree No. 1102/97 of November 3, which opens the possibility of setting up IP technical teams with therapists. In recent normative (Joint Order Nº. 891/99, DL No. 281/2009 and DL No. 1102/97) stress the importance of therapist's integration as members of teams of IP services, not occurring a reference specific to SLT. This paper aims to analyse the role of SLT on ECI, according to the collaborative model of trans-disciplinary team. We offer a review of the specialized literature, based on scientific articles in this field and guidelines, and also on clinical experience in EILT of SNIPI. We will describe the Portugal ECI framework and possible models of service delivery in IP. We will explore the trans-disciplinary model, with regard to its definition, characteristics, advantages, disadvantages and evidence scientific. SLT plays a key role in IP services. Knowledge about trans-disciplinary practice is fundamental to the training and development of skills in this field as well as for the dissemination of the role of SLT in EILT.

INTRODUÇÃO

A Intervenção Precoce (IP) é definida, segundo Bruder (2010), como o conjunto de experiências e oportunidades disponibilizadas às crianças em idade pré-escolar pela sua família e outros prestadores de cuidados primários, que têm como objetivo promover a aquisição e utilização de competências comportamentais por parte das crianças, de forma a modelar e influenciar as suas interações com pessoas e objetos. Dunst e Trivette (2009) destacam, na definição de IP, o apoio familiar, ou seja, a disponibilização ou mobilização de apoios e recursos às famílias de crianças, provenientes de membros da rede social informal e formal da família, que podem direta ou indiretamente influenciar e melhorar o funcionamento e o comportamento da criança e da família.

Os contributos teóricos de referência que estão na base destas definições, nomeadamente, o Modelo Transacional de Desenvolvimento (Sameroff & Chandler, 1975) e o Modelo de Ecologia do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 1979) trouxeram, como grande contributo para a IP, a noção da necessidade de intervir com o ambiente e com os intervenientes com quem a criança interage, e não somente com a criança. Os referidos modelos perspetivam o desenvolvimento a partir de uma abordagem sistémica, enfatizando o conjunto dos sistemas em que o indivíduo se desenvolve e com os quais estabelece relações recíprocas e mutuamente influenciáveis, sendo estas determinantes para o seu desenvolvimento ao longo do tempo.

Adicionalmente, a investigação sobre o desenvolvimento infantil, que evidencia a importância dos primeiros anos de vida da criança no ciclo de desenvolvimento da vida humana, justifica as transformações que têm ocorrido nos paradigmas estabelecidos. A investigação mais recente no âmbito da neurociência, salienta aspetos determinantes como a neuroplasticidade (capacidade do sistema nervoso se modificar através da experiência, ao nível celular, metabólico ou anatómico) e a existência de períodos críticos para o desenvolvimento em diversas áreas (cognitivo, linguagem e sócio-emocional).

Sabe-se atualmente que o cérebro tem a capacidade de reorganizar as suas estruturas e funções, em resposta a eventos específicos ou perturbações, através das características genéticas e das experiências precoces vivenciadas pelas crianças com o meio ambiente a que pertencem. A neuroplasticidade é uma característica que vai diminuindo após a primeira infância, pelo que as experiências precoces constituem a base das futuras aprendizagens. Desta forma, experiências precoces positivas irão potenciar o desenvolvimento da criança, ao passo que experiências precoces pobres, como negligência, maus-tratos, medo e ansiedade, podem colocar em causa o seu futuro. Adicionalmente, os investigadores referem que o período entre as últimas semanas de gestação e os três primeiros anos de vida é designado de *período crítico* e representa uma verdadeira janela de oportunidade de aprendizagem. Sabe-se, inclusivamente, que certos sistemas, como os associados à aquisição da linguagem, permanecem “abertos” por períodos maiores. Outros, ligados por exemplo à

visão, têm períodos de plasticidade menores, com relevância para a prática clínica (Shonkoff & Phillips, 2000; Center on the Developing Child at Harvard University, 2011; National Scientific Council on the Developing Child, 2012).

Os contributos teóricos, acima referidos, estão na base de uma mudança no paradigma de intervenção dos serviços de IP e, por conseguinte, nas práticas recomendadas atualmente em IP. A maioria da literatura atual realça a necessidade de os serviços de IP se orientarem no sentido da capacitação, quer dos cuidadores primários das crianças, quer dos contextos de vida em que se encontram inseridas, pois são estes que providenciam as experiências e as oportunidades de aprendizagem fundamentais para o desenvolvimento das crianças com atraso ou alterações no seu desenvolvimento (Bruder, 2010; Correia & Serrano, 2000; Dunst, 2000, 2007; Guralnick, 2011; McWilliam, 2010; Serrano, 2007; Shonkoff & Phillips, 2000; Slee, Campbell & Spears, 2012). Portanto, quando nos referimos a uma mudança paradigmática, significa que ocorreram alterações na filosofia relativamente ao apoio a prestar às famílias de crianças com necessidades educativas especiais, estabelecendo-se assim a necessidade dos pais/cuidadores se tornarem participantes ativos no processo de intervenção dos seus filhos, ou seja, tornarem-se agentes, mediadores e parceiros no que respeita à prestação de serviços de IP (Serrano, 2007). Neste sentido, podemos dizer que, atualmente, os serviços de IP seguem uma perspetiva ecológica e são designados de centrados na família, pois conferem à família o papel central no processo de escolha e decisão, relativamente a todo o processo de apoio na IP.

O sistema familiar, ao estar inserido num esquema ecológico mais alargado de sistemas sociais, encontra-se sob influência das mudanças ocorridas na comunidade e sociedade. Segundo esta perspetiva, o desenvolvimento da criança é mais facilmente entendido se analisarmos a família, as transações entre os seus membros e os diferentes sistemas ecológicos nos quais esta se insere, chamando a atenção ao nível dos serviços de IP para a importância do desenvolvimento de redes de apoio mais abrangentes e integradas nos recursos da comunidade (Serrano, 2007).

Segundo Carpenter (2005), para alcançarmos as variadas e complexas necessidades da família com uma criança com necessidades especiais, é necessária uma abordagem centrada na família, coordenada e com novas formas de trabalho em equipa, que não são nem multidisciplinares, nem interdisciplinares, mas sim transdisciplinares. O modelo de equipa transdisciplinar é hoje largamente reconhecido como a melhor prática para a intervenção na primeira infância, uma vez que reconhece a família como parte integrante da equipa de intervenção precoce (Davies, 2007). Por outro lado, o modelo transdisciplinar parte do pressuposto que a intervenção da equipa tem como objetivo potenciar as oportunidades de aprendizagem da criança e do facto de que estas ocorrem naturalmente a partir dos que passam mais tempo com ela no dia a dia, nomeadamente a família e outros cuidadores (McWilliam, 2010). Uma das características particulares deste modelo é a possibilidade de escolha de um elemento, o Mediador de Caso (MC), que representa a equipa junto

da família, evitando a fragmentação de serviços prestados por vários profissionais (McWilliam, 2010; Almeida, Carvalho, Ferreira, Grande, Lopes, Pinto, Portugal, Santos & Serrano, 2011).

É com base nos pressupostos acima mencionados que, em 6 de Outubro de 2009, surgiu a nova e atual legislação portuguesa para a IP, o Decreto-Lei n.º 281/2009, que criou o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), através da ação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, com envolvimento das famílias e da comunidade, definindo a sua abrangência para “...as crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias”. Este decreto-lei prevê, ao nível local (municipal), a existência de equipas multidisciplinares com base em parcerias institucionais, designadas de ELIs do SNIPI. Destas equipas, podem fazer parte profissionais dos três Ministérios, designadamente: médicos, enfermeiros, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos e educadores de infância.

Mais recentemente, a Portaria n.º 293/2013, de 26 de setembro, criada com o objetivo de alargar o Programa de Apoio e Qualificação do SNIPI, no ponto 5 da norma IX do Regulamento do Programa de Apoio e Qualificação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (PAQSNIPI), salienta que compete aos técnicos de intervenção precoce, potenciar as sinergias das famílias, em equipa, dentro do modelo transdisciplinar de trabalho.

O presente trabalho irá focar-se no papel do TF numa equipa de IP, reportando-se à experiência profissional adquirida numa ELI do SNIPI. Pela especificidade e pertinência deste assunto para a prática do TF, desenvolveu-se o presente trabalho com a intenção de descrever o papel do TF em IP e especificamente numa equipa com funcionamento transdisciplinar. Este documento pretende enquadrar e sustentar as práticas do TF neste domínio e, neste sentido, foram definidos os seguintes objetivos gerais:

- (1) Descrever a Intervenção Precoce em Portugal;
- (2) Definir e caracterizar o modelo de funcionamento em equipa numa ELI;
- (3) Enquadrar os conhecimentos e competências específicas por parte do TF numa ELI.

A INTERVENÇÃO PRECOCE EM PORTUGAL

Em Portugal, os serviços de IP têm uma história relativamente recente, com as primeiras experiências de atendimento precoce desenvolvidas na década de sessenta, sem enquadramento legislativo específico e que se caracterizavam por apresentarem uma grande diversidade de práticas (Serrano, 2007). Os relatos existentes realçam a existência de programas de atendimento a crianças com necessidades especiais dos 0 aos 2 anos, inseridos no Instituto de Assistência a Menores do Ministério da Saúde, na segunda metade da década de 60. Por essa altura, o mesmo organismo promoveu a criação do Serviço de Orientação Domiciliária para pais de crianças com deficiência visual, a nível nacional, com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos (Costa, 1981). Durante os anos 70, são criadas associações e cooperativas de educação especial, como os Centros de Paralisia Cerebral de Lisboa, Porto e Coimbra (Pereira, 2009).

Na década de 80, salienta-se a implementação do Modelo Portage para pais pela Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica (DESOIP), tutelada pela Segurança Social. Posteriormente, em 1989, surgiu o Projeto Integrado de Intervenção Precoce do Distrito de Coimbra (PIIP), cuja intervenção se restringia à faixa etária dos 0 aos 3 anos, mas que disponibilizava apoio em contextos domiciliários e educativos onde essas crianças estivessem inseridas. Na década de 90, importa referir a proliferação de projetos de IP um pouco por todo o país, sustentada por um conjunto de normativos que apareceram de modo disperso na legislação da Educação Especial (I. Almeida, 2007).

Em outubro de 1999 e pela primeira vez em Portugal, ocorreu o enquadramento legal da IP com a promulgação do Despacho Conjunto n.º 891/99. Este definiu orientações reguladoras da IP e atribuiu aos Ministérios da Saúde, Educação e Segurança Social a responsabilidade pela implementação e pelo funcionamento dos programas de IP. Apesar do seu amplo reconhecimento, verificaram-se alguns constrangimentos na sua implementação, constatando-se uma distribuição não uniforme das respostas ao nível nacional.

Em 2009 surgiu a nova e atual legislação portuguesa para a IP, o Decreto-Lei n.º 281/2009, que criou o SNIPI. Este "...consiste num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento" (p.7298).

O SNIPI tem os seguintes objetivos:

- a) Assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de ações de IPI em todo o território nacional;
- b) Detectar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento;

- c) Intervir, após a detecção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento;
- d) Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação;
- e) Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social.

Este decreto-lei prevê, a nível nacional, a existência de uma Comissão de Coordenação do SNIPI constituída por elementos representativos de cada ministério (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação) e, a nível regional, a existência de Subcomissões de Coordenação que efetuam a ligação entre as ELI e a Comissão de Coordenação. Como já referimos, a nível local, existem as ELI, que desenvolvem a sua atividade ao nível municipal, podendo englobar vários municípios ou desagregar-se por freguesias. Assim, identificamos três níveis de organização e prestação de apoios em IP: o nível local das equipas multidisciplinares com base em parcerias institucionais; o nível regional de coordenação e o nível nacional de articulação de todo o sistema.

Neste normativo ficaram ainda definidos aspetos concordantes com as práticas recomendadas relativamente à organização e prestação de apoios em IP, traduzidos por um enfoque na família, pela sinalização precoce das crianças que necessitam deste apoio, pela existência de um Plano Individualizado de Intervenção Precoce (PIIP), pelo trabalho de equipa através de equipas locais de intervenção, pela ação coordenada dos três ministérios com o envolvimento das famílias e da comunidade e pela referência à supervisão e avaliação dos resultados (Serrano & Abreu, 2010).

Entretanto, já em 2013, foi publicada a Portaria n.º 293/2013, de 26 de setembro, que visou alargar o Programa de Apoio e Qualificação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (PAQSNIPI). Este alargamento consistiu na criação de Projetos de Qualificação de Intervenção Precoce (PQIP) que pretendia reforçar a rede já existente de ELI constituídas pelo Decreto-Lei n.º 281/2009 e qualificar a intervenção desenvolvida pelo sistema, com base nas necessidades que a tutela teria identificado nas ELI.

De salientar que na Portaria n.º 293/2013 é efetuada a referência ao modelo transdisciplinar de intervenção (que ocorre pela primeira vez na legislação portuguesa) e são definidas as competências gerais e específicas dos técnicos de IP. As competências gerais dos técnicos de IP estão representadas na Figura 1.

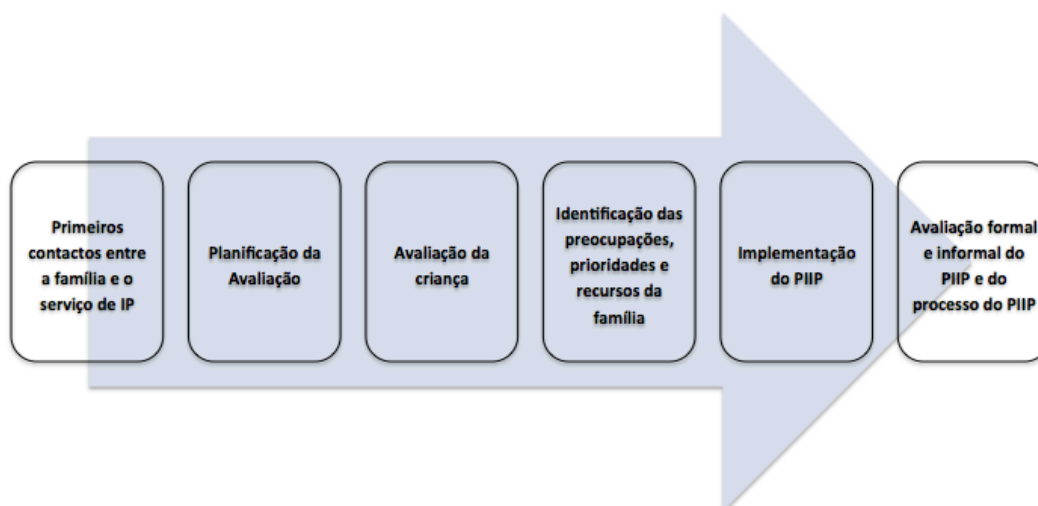


Figura 1. Competências gerais dos técnicos de IP (adaptado da Portaria nº 293/2013)

Na verdade, as competências dos técnicos de IP partem dos objetivos que foram definidos a nível local para as ELI e que estão destacados tanto na legislação de 2009 (Decreto-Lei n.º 281/2009) como na de 2013 (Portaria nº 293/2013), com diferenças mínimas, como podemos observar no Quadro 1.

Quadro 1. Competências das ELIs (adaptado a partir do Decreto-Lei n.º 281/20 e da Portaria nº 293/2013)

	Decreto-Lei n.º 281/2009 (Competências das ELIs)	Portaria n.º 293/2013 (Ações elegíveis)
Elegibilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as crianças e famílias elegíveis para serem de forma imediata apoiadas no âmbito do SNIPI. - Encaminhar as crianças e famílias não elegíveis, mas carenciadas de apoio social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as crianças e famílias elegíveis para o SNIPI, de acordo com os critérios de elegibilidade aprovados pela Comissão de Coordenação e assegurar os encaminhamentos necessários.
Vigilância	<ul style="list-style-type: none"> - Assegurar a vigilância das crianças e famílias que, embora não imediatamente elegíveis, requeiram avaliação periódica, devido à natureza dos seus fatores de risco e probabilidade de evolução. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar periodicamente as crianças e famílias que, devido à natureza dos seus fatores de risco e probabilidade de evolução e que embora não estejam ainda a ser alvo de intervenção, poderão vir a necessitar de um Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP).
Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP)	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar e executar o PIIP, em função do diagnóstico da situação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar um processo individual por criança; - Elaborar e executar o PIIP, em função do diagnóstico da situação.
Identificação de apoios e recursos	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção, dinamizando redes formais e informais de apoio social. 	
Articulação com	<ul style="list-style-type: none"> - Articular, sempre que se justifique, com as comissões de proteção de crianças e 	<ul style="list-style-type: none"> - Articular, sempre que se justifique, com as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e

comissões e núcleos de proteção a crianças em risco	jovens, com os núcleos da saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com atividade na área da proteção infantil;	com os núcleos de saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades da área da proteção infantil;
Transição	- Assegurar, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos;	- Assegurar, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos;
Articulação com contextos	- Articular com os docentes das creches e jardins-de-infância em que se encontrem colocadas as crianças integradas em IP.	- Articular com amas e educadores das creches e estabelecimentos de educação pré-escolar, em que se encontram colocadas as crianças integradas em IP;
Prevenção		- Dinamizar ações de sensibilização de pais e qualificação de pessoal das Instituições, com o objetivo de prevenir o risco, junto das amas, creches familiares, creches e estabelecimentos de educação pré-escolar.

De uma forma geral, verifica-se que o conteúdo dos objetivos é basicamente o mesmo, podendo estar formulados de forma diferente e serem mais específicos relativamente a alguns aspetos. A título de exemplo, a Portaria n.º 293/2013 ressalva a importância de os profissionais de IP articularem igualmente com as amas das crianças integradas na IP, assim como, salienta a importância de existir um processo individual por criança.

A única competência que não foi antes mencionada no Decreto-Lei n.º 281/2009, tem a ver com a prevenção, abrindo a possibilidade de se realizarem ações de sensibilização dirigidas a pais e outros profissionais. Todavia, no Decreto-Lei n.º 281/2009, a definição de IP já referia as “ações de natureza preventiva (...) designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social”.

Relativamente a este assunto, resta-nos acrescentar que as componentes mais relevantes da atual legislação portuguesa refletem muitos dos elementos do Modelo de Desenvolvimento Sistémico apresentado por Guralnick (2005). O Modelo de Desenvolvimento Sistémico para a Intervenção Precoce (Guralnick, 2005), é inteiramente compatível com as perspetivas sistémicas e tem como objetivo a compreensão dos mecanismos que estão envolvidos na promoção do desenvolvimento da criança no contexto da IP. Na altura, o referido modelo foi criado com o objetivo de proporcionar uma estrutura organizacional, capaz de servir de guia para as práticas atuais em IP. As componentes estruturais do modelo bem como o relacionamento entre elas são ilustrados na Figura 2, sendo que os losangos representam pontos de decisão e os retângulos representam atividades.

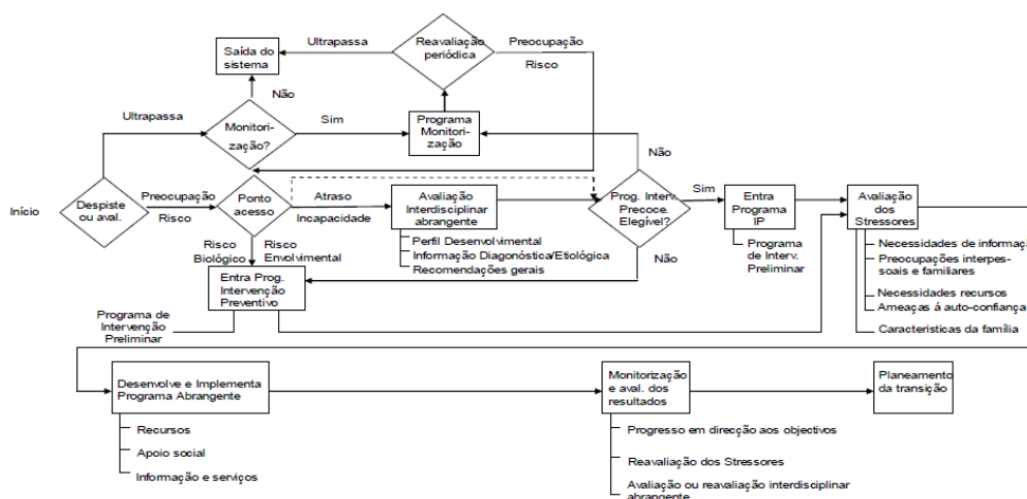


Figura 2. Modelo de Desenvolvimento Sistémico de IP para crianças vulneráveis e suas famílias (Guralnick, 2005)

Propomo-nos agora a explorar alguns dos pontos de decisão e atividades do referido modelo, que são transversais à legislação portuguesa, especificamente:

Despiste e sinalização

Esta componente pretende ser consistente com o princípio da importância da deteção e identificação precoces, a partir de critérios de identificação (Guralnick, 2005). Em Portugal, o Ministério da Saúde é responsável pela deteção e referenciação de crianças para a IP, no entanto, qualquer pessoa (incluindo os pais) ou quaisquer outros serviços podem sinalizar uma criança, estabelecendo o contacto diretamente com a ELI. Mas, devido à falta de divulgação, a comunidade muitas vezes ignora a existência de serviços de IP. Logo, o profissional de saúde continua a ser o ponto de acesso para a maioria das crianças. Na verdade, a legislação determina que o Ministério da Saúde, além da detecção e referenciação, deve ativar o processo de intervenção precoce, bem como estabelecer o diagnóstico e fornecer orientação especializada, através do encaminhamento das crianças para consultas ou centros de desenvolvimento. De salientar que, não existem orientações específicas para os procedimentos e medidas a serem utilizados na triagem. Consequentemente, as decisões acerca da referenciação carecem de consistência, pois como não se seguem critérios específicos, as decisões ficam a depender do julgamento pessoal dos prestadores de saúde primários (Pinto, Grande, Aguiar, de Almeida, Felgueiras, Pimentel, Serrano, Carvalho, Brandão, Boavida, Santos & Lopes-dos-Santos, 2012).

Os mesmos autores recomendam para o futuro, o desenvolvimento de um protocolo de triagem de desenvolvimento, coerente e universal, utilizando instrumentos de rastreio adaptados e validados, assegurando assim a igualdade de oportunidades de acesso ao SNIPI.

Monitorização e Vigilância

As crianças que, após o processo de rastreio, não cumpram os critérios definidos, mas ainda subsistam algumas dúvidas sobre possíveis fatores de risco, deverão integrar um programa de vigilância (Guralnick, 2005). A principal função da monitorização é minimizar a possibilidade da criança não ter sido adequadamente identificada para uma avaliação complementar e manter o contacto com crianças que necessitam de vigilância (Guralnick, 2001).

O decreto-lei n.º 281/2009 determina que as ELIs devem assegurar a vigilância de crianças que são referenciadas para avaliação, que não reúnem critérios de elegibilidade, mas requerem reavaliações posteriores, em função dos fatores de risco identificados. Por outro lado, devem assegurar a referenciação, das crianças que não são elegíveis mas cujas famílias carecem de apoio social, para os serviços especializados. Inclusivamente, a legislação salienta a relevância da colaboração com comissões e núcleos de proteção de crianças em risco. A este nível, Pinto et al. (2012) relata a necessidade de as ELIs terem acesso a diretrizes sobre frequência e formato das vigilâncias, assim como, a protocolos de avaliação e identificação de fatores de risco.

Avaliação interdisciplinar

O desenvolvimento de uma avaliação interdisciplinar abrangente engloba vários aspetos relacionados com a criança e com os diferentes ambientes, reunindo o contributo de diversos profissionais. A avaliação é um processo fulcral para a determinação da elegibilidade, para além de identificar o nível de funcionamento da criança, facilitando uma linha de base para a delimitação do plano de intervenção com a família.

Em Portugal, a legislação e as diretrizes técnicas disponíveis às ELIs não incluem nenhuma referência à avaliação interdisciplinar. De facto, apesar das diretrizes determinarem que as ELIs devem usar um modelo transdisciplinar, os profissionais são apenas chamados a analisar as referenciações e avaliar critérios de elegibilidade e decidir sobre a admissão da criança ao SNIPI. E muitas vezes, há necessidade de encaminhar primeiro a criança para serviços de saúde, como por exemplo para obter diagnóstico clínico (Pinto et al., 2012).

Bagnato (2007) destaca três etapas fundamentais nos processos de avaliação que respeitam as práticas recomendadas em IP: 1) Planificação da avaliação, etapa em que se definem os objetivos da avaliação, identificando-se as preocupações da família para a avaliação, assim como as suas escolhas em relação à condução da avaliação (data, hora, local, pessoas envolvidas, papéis que cada pessoa vai assumir durante a avaliação, instrumentos formais e/ou informais a utilizar na avaliação, etc.); 2) Condução da avaliação, em que ocorre partilha de informação e impressões sobre o desempenho da criança e são analisados possíveis objetivos e estratégias de intervenção; 3) Partilha de resultados, que é a última etapa e deve ser útil e promotora de competências na família; deve discutir-se as diferentes perspetivas (da família, dos profissionais, etc.), deve definir-se os objetivos e o tipo de intervenção necessária e adequada; e devem ser entregues à família cópias de todos os documentos.

Elegibilidade para o sistema

De acordo com Guralnick (2005), as crianças que preenchem os critérios de elegibilidade integram um programa de intervenção precoce ou um programa de intervenção preventivo. As crianças que não forem elegíveis, mas cujas preocupações que as conduziram ao sistema, merecem vigilância, deverão permanecer no mesmo, como referido na componente de Monitorização e Vigilância, podendo a qualquer momento ingressar num programa de intervenção.

De acordo com o DL 281/2009, o SNIPI criou critérios de elegibilidade a nível nacional. Assim, os serviços de IP são dirigidos a dois grupos de crianças, entre os 0 e os 6 anos e suas famílias: o grupo um é constituído por crianças com alterações nas funções ou estruturas do corpo, que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios; e o grupo dois que inclui crianças com risco grave de atraso de desenvolvimento, pela existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso no desenvolvimento da criança. São elegíveis para acesso ao SNIPI, todas as crianças do grupo um e as crianças do grupo dois, que acumulem quatro ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental (Pinto et al., 2012).

Pela experiência adquirida numa ELI, podemos afirmar que nesta fase do processo, considera-se muito importante a articulação com os médicos e enfermeiros de família, assim como, com os médicos de especialidade dos hospitais, no sentido da obtenção de informação que pode ser essencial para a determinação da elegibilidade e também para o encaminhamento para determinadas consultas de especialidade. Para as equipas que estão sediadas em centros de saúde, este processo pode tornar-se muito mais facilitado, pela proximidade geográfica. Contudo, mesmo que isto não ocorra, o facto de existirem elementos do Ministério da Saúde na equipa, médicos e/ou enfermeiros, pode facilitar este processo.

Avaliação de potenciais fatores de stress

Esta componente abrange muitos dos seus princípios supra-mencionados, nomeadamente, o foco na família e o carácter individualizado do Plano de Intervenção (Guralnick, 2005). Em Portugal, logo que as crianças e famílias entram no SNIPI, é iniciado o PIIP, que envolve um processo que inclui os dados de avaliação das atividades e participação da criança, assim como, dos fatores ambientais que representam barreiras ou facilitadores no seu dia a dia. As diretrizes técnicas determinam que as ELIs se informam sobre as redes de apoio formais e informais da família, as suas preocupações e prioridades. Contudo, no PIIP os profissionais têm de preencher campos sobre domínios de desenvolvimento da criança, o que pode comprometer a avaliação efetiva dos fatores de stress e a identificação das forças da família. Adicionalmente, não está contemplado na legislação a utilização de protocolos que guiem os profissionais na identificação de fatores intrapessoais e interpessoais e características familiares que poderão estar a causar stress nos padrões de interação (Pinto et al., 2012).

Desenvolvimento e implementação do programa

Para que o programa de intervenção seja eficaz deverá traduzir a aplicação de princípios fundamentais deste modelo, nomeadamente: considerar os potenciais fatores de stress para as interações família-criança; identificar os apoios sociais, a informação e os serviços que serão prestados e mobilizados; ser centrado na família, tendo em conta a sua participação ativa na tomada de decisões; ser integrado na rotina familiar, respeitando-a e potenciando a participação da família; considerar as redes de apoio e os recursos da comunidade (Guralnick, 2005).

Em Portugal, é suposto que as ELIs promovam a cooperação entre todas as partes envolvidas no PIIP e a participação ativa das famílias nos processos de avaliação e de intervenção, para a identificação de recursos, preocupações e prioridades. No entanto, segundo Pinto et al. (2012), verifica-se uma falta de instrumentos que permitam aos profissionais reconhecer aspectos específicos dos processos de interação entre pais e filhos, bem como fatores de stress que podem influenciar o desenvolvimento da criança.

A este nível, a nossa experiência salienta a importância da utilização de instrumentos como o Ecomapa e a Entrevista Baseada nas Rotinas. O Ecomapa (Figura 3) é um diagrama que representa as ligações, recursos e apoios de cada família, bem como a força relativa de cada um (McWilliam, 2010). Este instrumento foi criado em 1975, com base na teoria da ecologia humana e começou a ser utilizado por técnicos de serviço social para representar as relações sociais e os sistemas sociais criados pelos indivíduos. Hoje em dia, é utilizado em IP com base num processo colaborativo entre o/a profissional e a família. O tipo de apoios também pode ser explicitado no Ecomapa, nomeadamente: apoio emocional, apoio material, apoio informativo.

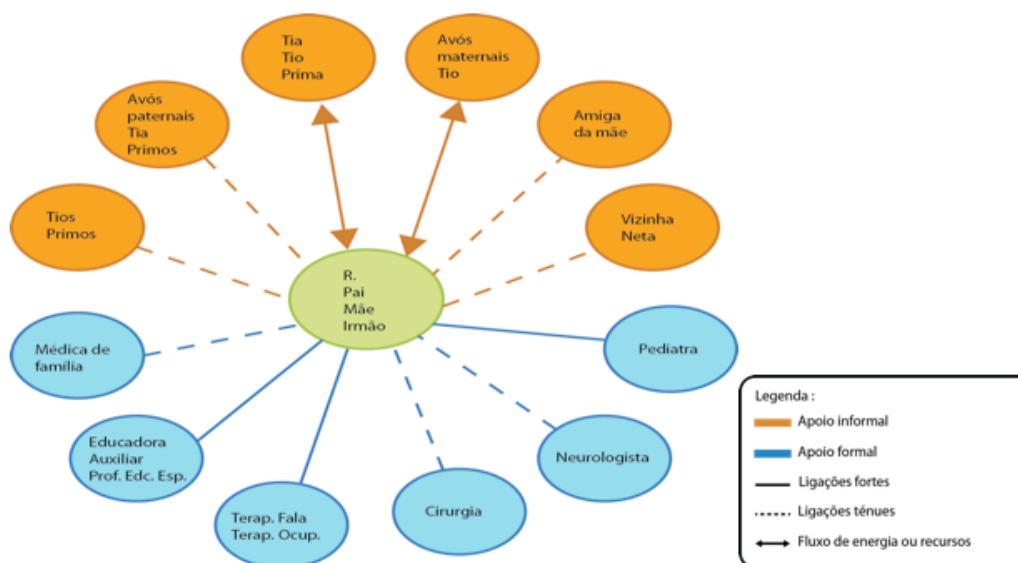


Figura 3. Exemplo de um Ecomapa

Segundo McWilliam (2010), o Ecomapa é uma base importante para:

- a planificação da intervenção;
- determinar a necessidade de apoios adicionais;
- a avaliação dos resultados e aferição da mudança;
- esclarecer a natureza da intervenção precoce.

A Entrevista Baseada nas Rotinas (McWilliam, 2010) é um processo que permite à família identificar necessidades funcionais que serão objeto de intervenção no PIIP. Especificamente, este instrumento aborda: 1) a participação da criança nas rotinas do dia a dia (em casa, creche, infantário, comunidade); 2) a autonomia da criança perante estas rotinas e 3) as relações sociais da criança no âmbito destas rotinas. Trata-se de uma entrevista semi-estruturada, conduzida por um profissional e pelo menos um dos pais, relativa ao funcionamento da criança e da família em rotinas. Este instrumento permite, ao profissional e à família, se descentrar dos domínios do desenvolvimento (cognitivo, comunicativo, motor...) e focar-se nas suas prioridades do momento e definir assim metas para o funcionamento da criança nas rotinas diárias. No final da entrevista, o profissional de IP pode fazer uma revisão das principais preocupações dos pais, que podem corresponder a áreas prioritárias de intervenção. O Quadro 2. apresenta um exemplo de objetivos que decorreram das preocupações da família, por ordem de prioridade estabelecida pela família.

Quadro 2. Exemplo de objetivos gerais decorrentes de uma EBR

OBJECTIVOS	Prioridade (número)
Comunicar de forma mais eficaz, de forma a que a família o entenda	1
Cooperar na rotina de ir às compras, sem birras	2
Participar nos momentos de refeição por maiores períodos de tempo	3
Comer sozinho a comida, sem ajuda dos pais	4
Interagir melhor com outras crianças	5
Vestir peças de roupa, como a camisola e o casaco, sozinho	6

Monitorização e avaliação dos resultados

A avaliação dos resultados pode proporcionar uma perspetiva mais compreensiva de uma prestação de serviços mais eficaz, pelo reconhecimento de que a criança e a família são partes de múltiplos sistemas interligados, que incluem não só os contextos imediatos nos quais os serviços de IP são prestados (exemplo: domicílio, jardim de infância) mas também os outros sistemas que podem afetar a família (exemplo: serviços médicos, recursos comunitários), bem como os sistemas de crenças e valores das famílias.

Relativamente à realidade portuguesa, o PIIP não inclui informação relativa ao *timing* das reavaliações, todavia, sabe-se que as avaliações do plano devem ser realizadas, pelo menos,

anualmente. Tendo em conta que os processos avaliação-intervenção carecem de ser uniformizados a nível nacional, o processo de monitorização pode ficar comprometido (Pinto et al., 2012).

Planificação da transição

A componente final deste modelo pode ocorrer em diferentes momentos (exemplos: transição do hospital para casa, de casa para o jardim de infância ou deste para a escola). Neste contexto, é indispensável assegurar uma cuidada planificação para que, neste processo de mudança, os efeitos inerentes à mesma, e que podem afetar a criança e a família, sejam reduzidos (Guralnick, 2005). Segundo a atual legislação, o PIIP inclui a descrição dos procedimentos que asseguram uma transição apropriada. A transição pode de facto alterar as rotinas das famílias e ser inclusivamente causadora de stress, contudo, a investigação sobre esta temática é escassa no nosso país (Pinto et al., 2012).

Através da partilha de experiências com outras equipas de IP, sabemos que as ELIs seguem as orientações definidas na Lei quanto aos procedimentos adotados, contudo, podem organizar-se de formas diferentes face à realidade da comunidade onde estão inseridas, à constituição da equipa, entre outros fatores. Os procedimentos e *timings* adotados podem ser diferentes e adaptados ao seu contexto de intervenção.

Para finalizar este tema, gostaríamos de ressaltar que apesar do DL 281/2009 ter sido publicado em finais de 2009, a operacionalização do SNIPi só sucedeu em setembro de 2011 e, desde essa altura, tem-se verificado a realização de ajustes na organização das ELIs já existentes, bem como a criação de novas equipas, sobretudo em regiões onde não existia nenhuma resposta a este nível (Pinto et al., 2012). À data deste trabalho, ainda não tinham sido constituídas todas as equipas de IP a nível nacional.

MODELO DE EQUIPA RECOMENDADO EM INTERVENÇÃO PRECOCE

O apoio prestado às famílias de crianças com necessidades educativas especiais (NEE) implica uma mobilização de recursos e profissionais de diversas áreas, dada a complexidade de fatores envolvidos no desenvolvimento infantil.

Vários investigadores como Bruder (2000), Guralnick (2001), Carpenter (2005), King, Strachan, Tucker, Duwyn, Desserud e Shillington (2009) e McWilliam (2010) reconhecem o modelo transdisciplinar como a melhor prática em intervenção precoce. Todavia, para além do modelo transdisciplinar, também existem referências de serviços de IP estruturados em modelos multidisciplinares e modelos interdisciplinares (Butt & Caplan, 2010; McWilliam, 2010).

Numa equipa multidisciplinar, os profissionais das várias valências prestam os seus serviços como unidades independentes, ou seja, os profissionais possuem papéis bem definidos e conduzem avaliações específicas independentes que levam ao estabelecimento de objetivos de intervenção específicos de cada área disciplinar (Butt & Caplan, 2010). Neste modelo, a equipa é constituída por profissionais de diversas áreas disciplinares (exemplo: enfermagem, serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, psicologia, medicina, etc.) que trabalham de forma independente uns dos outros, com um mínimo de partilha de informação entre eles. McWilliam (2010) também refere que a abordagem multidisciplinar consiste num modelo de equipa em que existe pouca ou nenhuma comunicação entre os membros que a constituem e o único elemento de ligação entre os profissionais, prende-se no plano de intervenção da família, onde se encontram listados os diversos profissionais envolvidos. O trabalho de equipa com funcionamento multidisciplinar aumenta a probabilidade de duplicação de serviços, uma vez que a desarticulação entre os vários profissionais limita a sua perceção sobre o que já foi ou não desenvolvido com a família.

Em equipas interdisciplinares, os profissionais partilham informação, seguindo um plano traçado em conjunto, embora realizem a intervenção apenas na sua área. Comparativamente com o modelo multidisciplinar, o modelo interdisciplinar pressupõe uma interação entre os elementos da equipa através de canais formais de comunicação que facilitam a partilha de informação e discussão de casos (Peterson, 1987). Neste modelo de funcionamento de equipa e tal como no modelo multidisciplinar, são diversos os profissionais que interagem diretamente com a família, mas neste modelo partilham um objetivo comum, existindo um maior colaboração na construção dos objetivos específicos de cada área. Nesta abordagem é exigido aos profissionais uma maior flexibilidade, colaboração e comunicação entre as diversas áreas no sentido da definição de prioridades, objetivos de intervenção e papéis que cada elemento deverá assumir (Butt & Caplan, 2010).

O termo “transdisciplinar” foi inicialmente usado por Dorothy Hutchinson em meados dos anos 70 e foi descrito como a partilha de informações e competências através das disciplinas (Kuhlmann, 2004).

No modelo transdisciplinar, os técnicos das diferentes disciplinas trabalham em conjunto, planificando, partilhando, resolvendo problemas, ensinando e aprendendo para além das suas disciplinas. Segundo McWilliam (2010), este modelo de prestação de serviços assenta no trabalho de um profissional que aborda a sua própria disciplina e áreas que são do âmbito de intervenção de outros profissionais. Como tal, pressupõe que as pessoas de outras disciplinas prescindam do seu papel e que o prestador de serviços transdisciplinar aceite esses diversos papéis. Assim, apesar da família apenas beneficiar do contacto direto com um técnico (o responsável ou gestor ou mediador de caso), está a ser acompanhada por toda a equipa, ou pelo menos, por uma parte mais alargada da equipa.

Apesar de existirem semelhanças entre o modelo interdisciplinar e o modelo transdisciplinar, nomeadamente na comunicação permanente entre profissionais, verificam-se diferenças. Nas equipas transdisciplinares, cada profissional encara a criança de uma forma holística e, como tal, observa-se uma menor rigidez nas fronteiras disciplinares, pois enfatiza-se a aprendizagem mútua e uma troca flexível de papéis entre os profissionais (Cartmill, Soklaridis & Cassidy, 2011). A família é considerada o elemento central do funcionamento da equipa, sendo considerada um elemento da mesma. Esta paridade ao nível dos papéis visa reforçar padrões de comunicação e colaboração entre os elementos da equipa, salvaguardando à família o papel ativo na tomada de decisões, mesmo quando não existe unanimidade entre as opiniões dos elementos da equipa (I. Almeida, 2007).

Fundamentalmente, existem dois princípios fundamentais que estruturam a abordagem transdisciplinar: por um lado, o desenvolvimento infantil é visto como integrado e interativo e, por outro lado, a prestação de cuidados às crianças deverá ser disponibilizado no seu contexto familiar. De ressaltar que, apesar da literatura caracterizar o modelo transdisciplinar como centrado na família, este aspeto não é de todo específico somente deste modelo, já que existem programas de IP que seguem modelos interdisciplinares e que são igualmente centrados na família.

Relativamente à temática da abordagem transdisciplinar, King et al. (2009) propuseram três atributos operacionais fundamentais desta abordagem, nomeadamente: a avaliação em arena, a interação contínua e prolongada dos elementos da equipa e, por fim, a libertação do papel.

Avaliação em arena

Segundo King et al. (2009) a avaliação em arena é um momento em que todos os profissionais das diferentes disciplinas avaliam simultaneamente a criança, podendo utilizar métodos formais ou informais de avaliação. Segundo os autores, uma pessoa assume o papel de facilitador e uma ou duas outras pessoas interagem diretamente com a criança, ao passo que os restantes observam a interação. Todos os elementos presentes na avaliação têm um papel definido e a família da criança tem um papel muito importante no sentido de facultar informação sobre a criança e/ou apoiar o facilitador na interação direta com a criança. Imediatamente após a avaliação ocorre uma breve discussão entre os presentes, onde são trocadas informações e impressões. Numa data posterior, os elementos reúnem para analisarem e refletirem sobre os dados recolhidos, podendo a família estar ou não presente, consoante a sua vontade.

Relativamente a este assunto, a avaliação em arena deverá ter em consideração cinco características que Bagnato (2007) defende como sendo recomendadas para a IP, nomeadamente: os profissionais e as famílias colaborarem na planificação e implementação da avaliação; a avaliação ser individualizada e apropriada à criança e à sua família; a avaliação fornecer informação útil para a intervenção; os

profissionais partilharem informação de forma respeitosa e útil; e os profissionais atenderem aos requisitos legais e processuais e às diretrizes das práticas recomendadas.

Interação entre os elementos da equipa

A literatura salienta a interação contínua e prolongada entre os elementos da equipa como elemento fundamental neste modelo de funcionamento de equipa. O intercâmbio de informação, conhecimentos e competências torna-se facilitado num contexto em que essa troca é uma condição intrínseca ao serviço de IP onde se encontram inseridos. Esta condição é ainda essencial para que possa existir a libertação do papel, aspeto aprofundado seguidamente (King et al., 2009).

Libertação de papéis

Segundo King et al. (2009), uma equipa apenas se torna verdadeiramente transdisciplinar quando os seus elementos se libertam de utilizar estratégias de intervenção típicas da sua disciplina. Esta situação decorre sempre sobre a supervisão e suporte dos elementos da equipa das disciplinas em que o profissional começa a recrutar conhecimento e estratégias para a intervenção.

O processo de libertação do papel compreende a partilha de experiências, a valorização das perspetivas, conhecimentos e competências das outras áreas, e a confiança de largar o papel específico da sua área durante a intervenção. As famílias também são capazes de adquirir estas competências para aportá-las às suas rotinas com a criança.

A Figura 4. representa os diversos aspetos subjacentes ao processo de libertação do papel, especificamente: a extensão do papel, o enriquecimento do papel, a expansão do papel, a troca de papéis, a libertação do papel e o suporte do papel. A libertação de papel não consiste num processo sequenciado destas etapas, mas antes num processo contínuo.

Na fase de expansão do papel, por exemplo, começa a emergir um vocabulário comum entre os profissionais das diversas disciplinas, acompanhado de um aumento de conhecimentos teóricos e capacidade de implementação de determinadas estratégias que possam ir ao encontro da abordagem holística, ou seja, às necessidades das crianças nos seus contextos de vida (King et al., 2009).

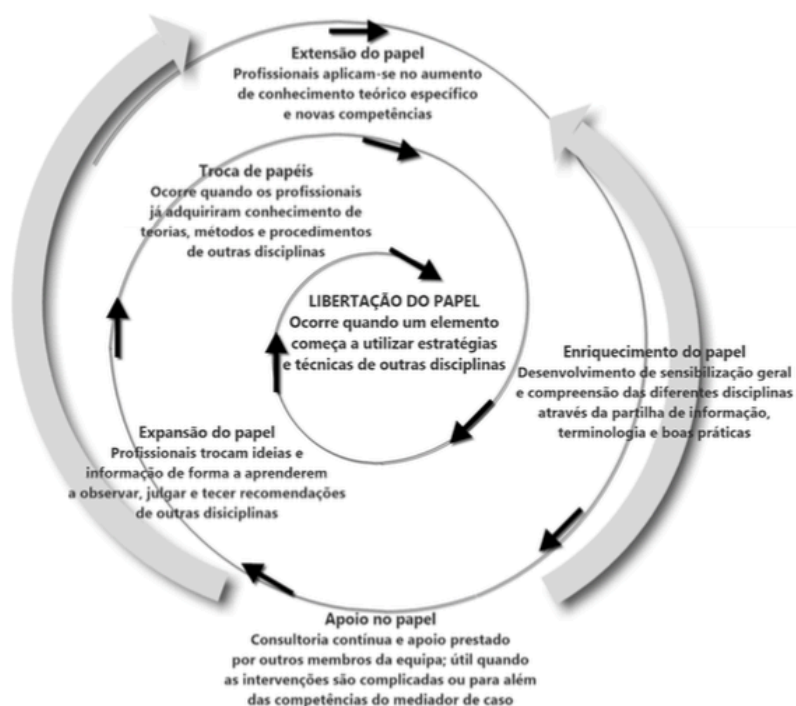


Figura 4. Aspetos do processo de libertação do papel (adaptado de King et al., 2009)

Tendo por base a revisão bibliográfica efetuada, consideramos essencial descrever outros elementos caracterizadores da abordagem transdisciplinar, nomeadamente, a mediação de casos e a consultoria:

Mediador de caso

Uma das características singulares do modelo transdisciplinar é a figura do mediador de caso (MC) como o profissional que representa a equipa e que se encontra mais próximo da família. Para decidir quem na equipa vai assumir o papel de MC de uma determinada família, normalmente a equipa considera vários fatores como: a distribuição geográfica dos apoios, a disponibilidade de cada profissional face aos casos atribuídos, a própria experiência e competências do MC, o interesse deste numa determinada área e o parecer da família, como elemento decisor na equipa (McWilliam, 2010).

Para McWilliam (2010), o mediador de caso é o profissional da equipa que apoia a família com uma regularidade semanal, sendo ele apoiado na retaguarda pela restante equipa. Por sua vez, a equipa poderá apoiá-lo, inclusivamente, em momentos específicos de visita conjunta à família. De notar que, a frequência destas visitas conjuntas dependerá das características da criança, da família e do mediador de caso atribuído.

A figura do mediador de caso aporta diversos benefícios para a IP. De acordo com McWilliam (2010): a família recebe um suporte forte de uma pessoa, sem a necessidade de estar a contactar frequentemente com vários profissionais; o serviço prestado é coordenado e não fragmentado; a família terá apenas de receber uma visita semanal em casa e não diversas visitas; os prestadores de serviços, em especial os terapeutas, poderão servir mais famílias; e, por fim, o custo do serviço de IP é mais reduzido, o que indiretamente beneficia as famílias.

Consultoria

A consultoria consiste num método de fornecimento de apoio técnico de um modo que envolve decisões conjuntas da parte daquele que consulta e daquele que é consultado. Consultoria é um aspeto igualmente importante do modelo transdisciplinar, na medida em que é nesse momento que cada profissional partilha os seus saberes, seja em reunião de equipa, seja em visitas conjuntas junto da família. A consultoria pode ocorrer em momentos de avaliação, planeamento e de intervenção (exemplo: nas sugestões de intervenção, feedback acerca das estratégias, etc.). Assim, o profissional consultor deverá apoiar a intervenção e não prestar serviços à criança, como tal, deve apoiar os cuidadores na promoção funcional do desenvolvimento das suas crianças, pondo ao dispor da família os conhecimentos da equipa (McWilliam, 2010).

No sentido de nos ajudar a perceber a implementação deste modelo, McWilliam (2010) propõe uma divisão entre profissionais generalistas e especialistas (representada no Quadro 3), que mais comumente se encontra nos serviços de IP. Como exemplo, o terapeuta da fala (TF) Integrado nas equipas de IP, é encarado como um profissional especialista, ou seja, é formado para se focar numa área específica de todo o espectro de funcionamento da criança. Os profissionais generalistas são perspetivados como os profissionais com formação para interligar uma grande variedade de necessidades de desenvolvimento, necessidades comportamentais e da família, pese embora a possibilidade dos profissionais poderem ser encarados quer como generalistas, quer como especialistas, consoante as características do serviço de IP.

Quadro 3. Áreas profissionais generalistas e especialistas nos serviços de Intervenção Precoce (adaptado de McWilliam, 2010)

Generalistas	Especialistas
Educação de Infância (geral ou de educação especial)	Terapia Ocupacional
Psicologia	Fisioterapia
Desenvolvimento Infantil	Terapia da Fala
Serviço Social	
Outras disciplinas orientadas para o desenvolvimento e comportamento holístico da criança e da família	

Adicionalmente, o mesmo autor apresenta a distinção entre Modelo Transdisciplinar Puro e Modelo Transdisciplinar Modificado. O primeiro representa a situação em que tanto especialistas como generalistas assumem com a mesma frequência o papel de MC. No modelo modificado, os especialistas ocupam mais tempo em visitas como consultores e menos tempo em visitas como MC, sendo o inverso para os generalistas, que assumem principalmente o papel de MC. Este Modelo Transdisciplinar Modificado é usado habitualmente em situações em que existem mais generalistas do que especialistas.

Seguindo um modelo transdisciplinar modificado, o terapeuta da fala ao situar-se como um profissional de IP especialista teria, aproximadamente, 25% do seu tempo com as suas mediações de caso e os restantes 75% a apoiar os colegas da equipa em visitas conjuntas e/ou a realizar apoio específico de terapia da fala. Seguindo este raciocínio, o assistente social, por exemplo, teria o seu trabalho direto com famílias invertido quando comparado com o TF, passando 25% do tempo com as suas mediações de caso e ficando os restantes 75% a apoiar os colegas de equipa em visitas conjuntas. Os valores percentuais são uma estimativa, pois um elemento inexperiente poderá precisar de mais acompanhamento de especialistas, através de consultoria e partilha de conhecimentos, do que um MC experiente, que provavelmente necessitará de menos apoio dos colegas da equipa (McWilliam, 2010). De salientar que, nem sempre os profissionais de IP estão nas ELLs a tempo inteiro, sendo que estas percentagens podem sofrer ainda mais ajustes.

Evidência científica

O modelo transdisciplinar foi considerado um modelo aceitável de prestação de serviços na área de serviços para crianças, pelo Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT) no Reino Unido (Gascoigne, 2006). A American Speech-Language-Hearing Association (2008) afirma que uma variedade de modelos de prestação de serviços podem ser utilizados, incluindo modelos de equipa transdisciplinares ou interdisciplinares. Um relatório do Departamento de Saúde e Serviços Humanos, na Tasmânia, na Austrália (2006) afirmou que na área das necessidades especiais, os autores apoiam atualmente a prática transdisciplinar.

A este respeito, gostaríamos de mencionar o modelo *Team Around the Child* (TAC) que parte do trabalho de Limbrick (2001) numa organização pioneira na implementação de aspetos relacionados com mediação de casos ("key worker"), durante os anos 90, para famílias de bebés e crianças pequenas com necessidades complexas. A abordagem TAC foi concebida como uma solução para o seguinte: 1) A fragmentação dos apoios: isto inclui um padrão não coordenado e, muitas vezes caótico de compromissos, reuniões, avaliações, etc., com a possibilidade de duplicação, lacunas e inadequações na prestação de serviços; 2) Os pais não eram tidos em conta nas decisões dos seus filhos; 3) Uma abordagem fragmentada para o desenvolvimento da criança: visão equivocada, que se

pode aplicar a bebés e crianças pequenas, como se as funções/áreas do desenvolvimento (como postura, movimento, linguagem, jogo, cognição, socialização, etc.) funcionassem de forma isolada.

Sendo assim, determinaram-se quatro características fundamentais desta abordagem, designadamente:

1. A necessidade de trabalho em conjunto a níveis adequados (trabalho de equipa colaborativo);
2. TAC: um esforço coletivo dentro de uma matriz de responsabilidades partilhadas;
3. Competência coletiva;
4. Trabalho em equipa transdisciplinar;
5. Profissional-chave (“keyworking”), que poderá corresponder ao responsável, gestor ou mediador de caso.

Recentemente, a Division of Early Childhood of the Council for Exceptional Children’s (DEC – CEC) decidiu rever e atualizar as práticas recomendadas, partindo de uma revisão da literatura relativa a pesquisas realizadas desde 1990, revelando a sua preocupação em identificar práticas baseadas na evidência científica. Com base nesta revisão, surgiram as DEC Recommended Practices in Early Intervention / Early Childhood Special Education (Division for Early Childhood, 2014).

As Práticas Recomendadas da DEC foram desenvolvidas para fornecer orientações aos profissionais e famílias sobre as formas mais eficazes para promover o desenvolvimento das crianças, do nascimento até aos cinco anos de idade e que têm ou estão em risco de atraso no desenvolvimento ou apresentam necessidades especiais. As práticas recomendadas estão organizadas em oito tópicos: liderança; avaliação; ambiente/contexto; família; instrução/formação; interação; equipa e transição (Division for Early Childhood, 2014). Devido à relevância para este trabalho, consideramos de interesse apresentar aqui, ainda que em linhas gerais e de uma forma sucinta, as práticas que aí se recomendam relativamente à equipa. No Quadro 4 podemos verificar que as práticas recomendadas para a IP relativas à equipa, evidenciam os pressupostos de uma abordagem transdisciplinar para o trabalho em equipa.

Quadro 4. Práticas Recomendadas para o tópico Equipa (adaptado de Division for Early Childhood, 2014)

E1. Profissionais e famílias trabalham em conjunto, como uma equipa, para planear e implementar apoios e serviços, para atender às necessidades únicas de cada criança e família.
E2. Profissionais e famílias trabalham em equipa, para trocar conhecimentos, informações e experiências, de forma sistemática e regular, a fim de resolver em conjunto os problemas, planear e implementar intervenções.
E3. Profissionais devem usar estratégias de facilitação de comunicação em grupo, para melhorar o funcionamento da equipa e as relações interpessoais com e entre os membros da equipa.
E4. Os membros da equipa devem ajudar-se uns aos outros para descobrir e aceder aos serviços e recursos formais e informais, para atender às necessidades identificadas pela família.

E5. Os profissionais e as famílias devem colaborar uns com os outros, no sentido de identificar um profissional da equipa que servirá como elo de ligação entre a família e outros membros da equipa, com base na criança e nas prioridades e preocupações da família.

Segundo a Association of Clinicians of the Underserved (2009), os estudos publicados sobre a prática transdisciplinar tendem a focar a descrição dos serviços e os benefícios que o modelo permite obter.

A literatura aponta algumas vantagens de um serviço transdisciplinar, que incluem a eficiência de um serviço com maior rentabilidade de recursos; menos instruções e diretrizes para as famílias; uma intervenção mais coerente e holística. No entanto, estas vantagens ainda não foram exaustivamente estudadas e como tal, investigações sobre a transdisciplinaridade são muito necessárias (King et al., 2009).

São igualmente referidas dificuldades na implementação do modelo transdisciplinar. A transdisciplinaridade promove desafios profissionais, pessoais e interpessoais aos seus elementos constituintes. A aparente perda de identidade profissional promove por vezes o medo e a insegurança face a uma atitude negligente que pode ocorrer devido a uma inadequada partilha de conhecimentos ou falha na supervisão. Assim, para King et al. (2009), no decurso de práticas transdisciplinares, os profissionais devem conseguir assegurar uma «libertação de papéis» e um trabalho colaborativo com os restantes membros de equipa com vista ao estabelecimento de uma relação de confiança que promova a partilha de conhecimentos e estratégias.

C. Almeida (2013) realizou um estudo sobre as perceções dos profissionais de IP integrados numa ELI, relativamente à implementação do modelo de equipa transdisciplinar e, relativamente a esta temática, muitas foram as dúvidas e as inseguranças apresentadas face a esta abordagem. Existe, no entanto um sentimento comum de que há um longo caminho a percorrer e que a transdisciplinaridade vai surgindo com o conhecimento mútuo e com um trabalho que poderá ter o seu início na própria interdisciplinaridade. Os profissionais salientaram ainda a complexidade das funções que lhes são atribuídas, no que diz respeito à diversidade de papéis e contextos onde atuam, evidenciando a necessidade de articulação entre todos os apoios e serviços existentes tanto na equipa como na comunidade. Os participantes no estudo reforçam que é necessário a existência de competências que vão para além dos saberes específicos da sua área disciplinar, referindo várias competências interpessoais que poderão facilitar o trabalho em equipa, entre elas: escuta ativa, observação, assertividade nas decisões a tomar e humildade para um contributo de partilha e aprendizagem mútua.

Neste sentido, fica assim evidente que, para além das competências específicas da sua área, um profissional de IP deverá também dominar todo um conjunto de competências como a empatia,

conhecimento das suas próprias limitações, sensibilidade, autenticidade, escuta ativa e competências de comunicação interpessoal, de autoconfiança e de possuírem uma identidade profissional positiva, permitindo que partilhem com os restantes elementos sem sentirem que estão a ameaçar a sua identidade profissional (Davies, 2007; King et al., 2009).

Para Tegethof (2007), a resposta que o profissional oferece às famílias deverá implicar um pluralismo de diferentes dimensões, que somente um trabalho de equipa, baseado na colaboração e coordenação de serviços, poderá concretizar. Esta perspetiva remete para um modelo transdisciplinar fundamentado na colaboração e transferência de papéis. Neste estudo, os intervenientes (especialistas, profissionais e famílias) reconhecem essa necessidade de colaboração mas visualizam a transdisciplinaridade como algo a alcançar futuramente. Especificamente para os profissionais, o modelo transdisciplinar não é algo de imediato, que se obtém partindo de um simples trabalho em equipa, tratando-se de um objetivo a atingir mas que só será alcançado quando a colaboração assumir a maturidade necessária para o efeito.

Há um amplo consenso de que os resultados baseados em evidências são essenciais para o desenvolvimento dos serviços. Atualmente, existe uma escassez de pesquisas que avaliem os benefícios da prática transdisciplinar. É essencial que os profissionais de saúde requeiram recursos adicionais e suporte dentro de sua equipa transdisciplinar, para assim contribuir para evidência científica nesta área.

O PAPEL DO TERAPEUTA DA FALA EM INTERVENÇÃO PRECOCE

Considerando a natureza deste trabalho, iremos salientar alguns aspetos que nos parecem fundamentais para enquadrar as práticas do TF neste domínio, nomeadamente no que diz respeito à legislação e diretrizes.

Historicamente, sabe-se que ao longo do tempo o TF foi integrando equipas de IP, todavia, a primeira referência que encontramos em termos de legislação é referente ao artigo 5. da Portaria n.º 1102/97 de 3 de Novembro. Nesta Portaria, é aberta a possibilidade da constituição de equipas técnicas de IP com terapeutas, para projetos educativos desenvolvidos no âmbito das cooperativas e associações ensino especial sem fins lucrativos. Posteriormente, no Despacho Conjunto n.º 891/99 volta a salientar-se a importância da integração de terapeutas como membros das equipas multidisciplinares dos serviços de IP, não ocorrendo uma referência específica ao TF. O Decreto-lei nº 281/2009 que criou o SNIPI, também não faz referência a funções e competências específicas do TF, salientando apenas que as ELI devem ser constituídas por elementos dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, e que, o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social deve assegurar a contratação de profissionais de serviço social, terapeutas e psicólogos.

Mais recentemente a Portaria n.º 293/2013, de 26 de setembro, define na alínea b) do ponto 6 da norma IX do Regulamento do PAQSNIP que compete especificamente aos terapeutas “(...) promover o melhor desempenho funcional, utilizando abordagens terapêuticas específicas, de forma a facilitar uma maior participação em todos os contextos, atividades e rotinas significativas para a criança e família.”.

Como podemos verificar, o papel do TF em IP não é especificado na legislação, sendo que as orientações relativamente aos papéis e funções dos profissionais são definidas de forma mais abrangente, ou seja, sabe-se o que é esperado do SNIPI, das ELI e dos terapeutas em geral que, à partida, devem incluir terapeutas da fala, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. A este respeito, sabe-se que existem diferenças significativas relativamente à constituição das ELIs a nível nacional, quer seja em relação à existência ou não de TF na equipa, quer seja, relativamente ao tempo que o TF está na equipa.

A ASHA (2008) salienta as seguintes funções do TF em IP: prevenção; despiste e avaliação; planeamento, implementação e monitorização da intervenção; consultoria à família, aos membros da equipa e a outros profissionais; coordenação de serviços; plano de transição; investigação; aprofundar o conhecimento de base em IP.

O RCSLT publicou em 2006 um conjunto de práticas recomendadas relativamente ao papel do TF do Reino Unido na intervenção junto de crianças. No que diz respeito ao apoio efetivo, o RCSLT refere que o trabalho em equipa transdisciplinar é fundamental para trabalhar com crianças. Neste sentido, o RCSLT apoia a exploração dos papéis do TF em equipas transdisciplinares e o desenvolvimento de novos modelos que maximizem a contribuição do TF, assegurando que a contribuição deste especialista para o sistema é reconhecido como essencial. Acrescenta ainda que os papéis de gestor/mediador de caso (“key worker”) são também fundamentais para esse modelo de trabalho, se for para ser implementada com sucesso para o benefício das crianças e suas famílias. Assim, o RCSLT recomenda que o estudante de terapia da fala deve ter acesso a um conjunto de oportunidades como parte da sua aprendizagem baseada na prática, nomeadamente, trabalhar como elemento integrante de equipas transdisciplinares (Gascoigne, 2006).

Relativamente a este tema, a Speech Pathology Australia (2009) refere que um TF pode estar integrado em equipas multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares e que a prática transdisciplinar é considerada uma competência suplementar no âmbito da prática do TF na Austrália. De facto, as competências de base do TF definidas para ingressar a prática profissional naquele país, não incluem a prática transdisciplinar, portanto, não é uma competência que se espera observar num TF acabado de se licenciar. Por outro lado, o TF deve seguir o seu Código Ético e Deontológico e, como tal, sabe-se que o TF apresenta competências especializadas e que as tarefas realizadas por um TF qualificado não devem ser transferidos para um membro da equipa, que não um TF. Assim, a

introdução da prática transdisciplinar deve ser baseada na evidência de resultados positivos para o cliente e não deve ser criado para gerir a escassez de recursos humanos.

Na IP em Portugal, verifica-se um duplo aporte relativamente às competências que os terapeutas da fala deverão apresentar nos serviços IP, emergindo uma componente de abordagens tradicionais à Terapia da Fala com as quais os profissionais já se encontram familiarizados e uma componente de abordagens específicas para a IP. Assim, um TF numa ELI, por vezes tem de libertar-se da designação de terapeuta da fala para assumir o papel de intervencionista precoce, colocando-se numa situação de maior paridade com os colegas de equipa.

De acordo com o seu perfil de competências, o terapeuta da fala (TF) “atua no âmbito da prevenção, rastreio, consultoria, avaliação e diagnóstico, tratamento, intervenção, gestão, aconselhamento e seguimento de utentes com perturbações de: (...) deglutição ou funções relacionadas (e.g., alimentação, avaliação da função esofágica) (...); funções sensoriais no âmbito da (...) deglutição ou de outras áreas relacionadas.” (Mendes et al., 2004: p.5).

Em Portugal, a prática da Terapia da Fala implica colaborar com profissionais de Saúde, de Educação ou outros, de acordo com as necessidades de cada utente (Mendes et al., 2004). Por outro lado, espera-se que um TF recém-licenciado seja capaz de demonstrar capacidades de trabalho em equipa, no entanto, o documento consultado não especifica o papel do TF em modelos de equipa específicos, como o transdisciplinar (Mendes et al., 2004). Provavelmente, os conhecimentos e/ou experiência do TF relativamente a esta área, irá depender da formação de base e/ou do estágio realizado.

No que diz respeito ao Código Ético e Deontológico do TF português, este determina que o TF não deve fazer executar tratamentos por terceiros, salvo em supervisão de estágio, assumindo nesse caso, a inteira responsabilidade pelos tratamentos efetuados. É exatamente aqui que começam as inseguranças do TF integrado numa equipa com funcionamento transdisciplinar. Se é objetivo do TF capacitar a família e/ou cuidadores primários, como poderá ele fazê-lo, sem que ponha em causa o Artigo referido?

Se estivermos a falar de comunicação, sabemos que o vínculo afetivo entre pais e crianças é incomparavelmente mais forte do que o vínculo terapeuta-criança e também as oportunidades que surgem em casa são infinitamente mais favoráveis ao desenvolvimento da comunicação e também de linguagem. De facto, estamos sempre a comunicar! Tendo isto em conta, o TF integrado numa ELI irá ter um papel fundamental na área da comunicação, quer em termos de intervenção, como também de prevenção. Assim, o TF poderá fornecer suporte à família da criança e ao mediador de caso (consultoria), colaborando na definição de objetivos e estratégias mais adequados à situação, no sentido de preparar as melhores condições para que a criança tenha realmente possibilidade de comunicar e participar nas atividades do dia a dia. Segundo alguns autores, todos os aspetos da

linguagem e da comunicação podem ser trabalhados em situações naturais contextualizadas (Dall'Aqua, Takiuchi & Zorzi, 2008).

Por outro lado, o TF pode ter um papel fundamental na capacitação dos parceiros comunicativos da criança em contexto educativo, sejam pares ou adultos, no sentido de se alterarem atitudes perante a comunicação da criança. A prevenção a este nível, pode passar por ações de sensibilização a pais e elementos dos contextos educativos, outros profissionais ou comunidade em geral.

O TF pode constituir um contributo muito importante numa ELI, pois é especialista em comunicação, linguagem, fala e também pode intervir ao nível das funções como a mastigação e a deglutição. Assim, se pensarmos na intervenção no âmbito da alimentação, também podemos levantar algumas questões sobre a partilha de conhecimentos com pessoas da equipa. Todavia, o mesmo raciocínio realizado para a comunicação revela que os momentos de alimentação ocorrem várias vezes ao dia e é essencial a capacitação dos cuidadores também a este nível. Devemos aqui, salientar que McWilliam (2010) recorda que a equipa poderá apoiar o MC em momentos específicos de visita conjunta à família e que a frequência destas visitas conjuntas dependerá das características da criança, da família, do mediador de caso atribuído e das preocupações e prioridades no momento.

Sandall e Schwartz (2003) referem que o TF deve demonstrar disponibilidade para criar oportunidades de partilha de conhecimentos, tempos para a reflexão e para o diálogo em equipa e, por conseguinte, para a aprendizagem de cada um e da equipa. As reuniões em equipa tornam-se essenciais para desenvolver: o respeito pelos contributos do outro; a confiança; a comunicação eficaz; a participação de todos os membros da equipa; as competências para identificar objectivos pertinentes e desenvolver estratégias para os alcançar (Sandall & Schwartz, 2003). Os tempos adequados para a equipa se encontrar, ou seja, as reuniões de equipa são fundamentais numa abordagem transdisciplinar, sendo que, segundo a experiência adquirida numa ELI, podemos afirmar que é importante que a reunião de equipa ocorra pelo menos uma vez por semana. É igualmente essencial que essas reuniões, para além do planeamento do dia a dia, permitam também proporcionar momentos de partilha e reflexão sobre temas da especialidade dos profissionais de IP. A título de exemplo, o TF poderá, nas reuniões de equipa, propor partilhar conhecimentos sobre uma temática específica (ex: Comunicação Aumentativa).

Consideramos que o maior desafio a considerar na operacionalização do modelo transdisciplinar é a partilha. Todos os elementos da equipa devem estar mutuamente estimulados para ensinar, mas também para aprender e, por conseguinte, as responsabilidades, uma vez que, quando uma intervenção é bem sucedida é fruto do trabalho conjunto de toda a equipa, quando algo não corre da melhor forma, também é da responsabilidade de toda a equipa, que deve unir-se para proporcionar uma alternativa (King et al., 2009). E esta capacidade de partilhar deve estender-se ao trabalho com

as famílias, uma vez que para causar impacto no desenvolvimento da criança, o caminho deve ser feito através da promoção da competência e confiança do prestador de cuidados.

Muita da atual investigação em IP tem como objetivo analisar a influência das práticas centradas na família no conhecimento, competência e confiança dos pais para interagirem com os seus filhos, no sentido de providenciar oportunidades de aprendizagem e otimizar o desenvolvimento da criança. Nestes estudos, é possível observar que a relevância dada às preocupações e prioridades da família, aos apoios e recursos, às forças da família, às práticas profissionais, está consistentemente relacionada com crenças parentais de autoeficácia, com o bem-estar da família, com competência e confiança parental, com funcionamento familiar e comportamento da criança, embora de forma diferenciada. Especificamente, observou-se que as práticas profissionais, que envolvem a forma como os profissionais interagem com as famílias, quer seja em termos relacionais (ex.: escuta ativa, comunicação, empatia...), quer seja em termos participativos (ex.: tornar as famílias ativas nas decisões tomadas), estavam mais fortemente relacionadas com as crenças parentais de autoeficácia, enquanto que as forças da família estavam mais fortemente relacionadas com o bem-estar da família. Similarmente, a adequação dos recursos estava mais fortemente relacionada com o bem-estar da família, enquanto que, todas as quatro componentes do modelo de intervenção dos sistemas familiares estavam relacionados com competência e confiança parental (Dunst, Trivette, Hamby & O'Herin, 2009).

Ainda relativamente à capacidade de partilha, queremos acrescentar que, por vezes, pode haver a necessidade de partilha com outros TFs que estão a acompanhar as crianças elegíveis para o SNIPI noutros contextos (ex.: TF particular a realizar domicílio; TF em Hospital ou em Clínica de Reabilitação). Portanto, consideramos que é essencial integrar esses profissionais no PIIP da criança e integrá-los na equipa da ELI.

O TF que integra uma ELI neste momento, vê-se rodeado de desafios constantes e, tendo de assumir o papel de intervencionista precoce, torna-se importante que este não se foque na perda de identidade profissional. Pelo contrário, nas situações em que é MC, deve posicionar-se como principal interlocutor da família, e isto, na nossa perspetiva, não o impede de se socorrer dos saberes de outros profissionais e até de propor a sua intervenção direta. Nesses momentos, apesar de este profissional possuir especialidades diversificadas, este será a face que a família vê e a quem pode pedir ajuda e responsabilidades, mas não está sozinho, tem uma retaguarda competente a quem pede ajuda quando necessita.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A IP, em todas as suas dinâmicas, deixou de ter o seu foco centrado e exclusivo no apoio às dificuldades específicas da criança e passou a ser pensada como uma combinação de conhecimentos, considerando as mútuas influências biopsicossociais e ecológicas do meio envolvente. Não integra apenas nos seus serviços terapias especializadas direcionadas às especificidades das crianças, mas promove sim a implementação de uma intervenção com carácter abrangente, que envolva também as famílias e os meios ambientes onde se encontram inseridas, de forma a promover o desenvolvimento da criança e a melhoria da qualidade de vida das famílias.

Em primeiro lugar, parece-nos que a formação especializada em IP é um imperativo para que todos os profissionais dominem não só os aspetos do desenvolvimento, mas também as práticas centradas na família e a abordagem transdisciplinar, que de acordo com a nossa pesquisa, podem não se encontrar na sua formação de base.

Para além da formação, também a supervisão e monitorização das práticas são fundamentais para que os profissionais reflitam regularmente sobre as suas práticas. A título de exemplo, a oportunidade de ser o elemento-chave da equipa a frequentar as reuniões que foram organizadas para apoiar algumas ELI do norte do país em termos de formação, permitiu atualização de conhecimentos e momentos de partilha de saberes e experiências entre equipas. Contudo, permitiu também ter uma perceção da existência de práticas distintas. Neste sentido, as equipas carecem de mais orientações, diretrizes e supervisão relativamente à sua prática.

Um modelo transdisciplinar, tal como é reconhecido na literatura, pressupõe a existência de uma equipa coesa e com alguma estabilidade ao nível da constituição e manutenção dos seus elementos. Assim, seria importante acionar os mecanismos necessários para que a colocação dos profissionais assumisse um carácter estável de modo a consolidar as suas práticas colaborativas.

As dificuldades sentidas pelos técnicos de IP em partilhar o seu conhecimento pode advir sobretudo de dois motivos: por receio de aplicação inadequada (e esta dificuldade só poderá ser superada com confiança mútua, acreditando que o outro é capaz de fazer bem); ou por insegurança (receio de perda de identidade profissional, de especialidade e estatuto). No entanto, quando todos partilham, ninguém perde identidade e todos ganham competências. Salienta-se ainda a ausência de regulamentação ou diretrizes/recomendações a nível nacional, relativamente aos modelos conceptuais que estão na base da IP na atualidade e a necessidade de se realizar mais investigação sobre as práticas do TF na IP em Portugal.

Para terminar, gostaríamos de acreditar que este trabalho possa ser uma mais-valia importante para os profissionais de IP, em especial para os TFs que estão nas ELIs ou que vão iniciar agora o seu caminho na IP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Speech-Language-Hearing Association. (2008). Roles and responsibilities of Speech-Language Pathologists in Early Intervention: *Technical Report*. Disponível online em: <http://www.asha.org/policy/GL2008-00293/#sec1.2> (acedido em 21/06/2015).

Almeida, I. C. (2007). *Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade do Porto, Porto.

Almeida, I., Carvalho, L., Ferreira, V., Grande, C., Lopes, S., Pinto, A., Portugal, G., Santos, P., & Serrano, A. (2011). Práticas de Intervenção Precoce baseadas nas Rotinas: um projeto de formação e investigação. *Análise Psicológica*, vol. XXIX, n.º1, janeiro-março 2011, pp. 83-98. ISSN 08708231.

Association of Clinicians for the Underserved. (2009). Transdisciplinary Care. Disponível online em: <http://clinicians.org/healthprofessionals/transdisciplinary.html> (acedido em 20/06/2015).

Bagnato, J. S. (2007). *Authentic assessment for early childhood intervention: Best practices*. New York: The Guilford Press.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bruder, M. B. (2010). Early Childhood Intervention: A Promise to Children and families for Their Future. *Exceptional Children*, 76 (3), 339-355. (pp. 60-92).

Butt, L. & Caplan, J. (2010). The rehabilitation team. In Frank, R. G. (Ed.), *Handbook of Rehabilitation Psychology*. (pp. 451–457) Washington, D.C.: American Psychological Association.

Cartmill, C., Soklaridis, S. & David Cassidy, J. (2011). Transdisciplinary teamwork: The experience of clinicians at a functional restoration program. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(1), pp.1-8.

Center on the Developing Child at Harvard University (2011). Building the Brain's "Air Traffic Control" System: How Early Experiences Shape the Development of Executive Function: Working Paper Nº. 11. Consultado em 20/09/2013, disponível em http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports_and_working_papers/working_papers/wp11/

Cifu, D. X. & Stewart, D. G. (1999). Factors affecting functional outcome after stroke: A critical review of rehabilitation interventions. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80, pp.35-39.

Costa, A. M. (1981). Educação especial. In M. Silva & M. I. Tamen (Eds.), *Sistema de ensino em Portugal* (pp. 307-354). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Correia, L. & Serrano, A. (2000). Intervenção Precoce Centrada na Família: Uma Perspetiva Ecológica de Atendimento. In Correia, L. & Serrano, A. (Orgs.), *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce: Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família* (pp. 11-32). Porto: Porto Editora.

Davies, S. (2007). *The transdisciplinary approach. In Team Around the Child: Working together in early intervention*. Quick Print, Kurrajong Waratah.

Dall'Aqua, J., Takiuchi, N. & Zorzi, J. (2008). Efetividade de um treinamento de professores de uma escola de educação especial usando os princípios dos métodos Hanen e V.O.E.- Veja, ouça e espere. Revista CEFAC. Volume 10, n.º 4, pág. 433-442.

Despacho Conjunto nº 891/99. Diário da República, 2a Série, no244, de 19 de Outubro de 1999. Lisboa: Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

Diário da República (2009). Portaria no 281/2009 de 6 de outubro. 1a Série. No 193. (7298-7301).

Diário da República (2013). Portaria no 293/2013 de 26 de setembro. 1a Série. No 186. (5946-5953).

Dunst, C. J. (2000). Revisiting "Rethinking early intervention". Topics in Early Childhood Special Education, 20:2, 95-104.

Dunst, C. J. (2007). Early intervention for infants and toddlers with developmental disabilities. In Odom, S. L., Homer, R. H., Snell, M. & Blacher J. (Eds.), Handbook of developmental disabilities (pp. 161-180). New York: Guilford Press.

Dunst, C. J. & Trivette, C.M. (2009). Capacity-Building Family-Systems Intervention Practices. Journal of Family Social Work, 12 (2), 119-143.

Dunst, C. J., Trivette, C. M., Hamby, D. W., & O'Herin, C. E. (2009). Research synthesis of the relationship between family needs and parent, family and child outcomes (Winterberry Research Syntheses). Asheville, NC: Winterberry Press.

Gascoigne M. (2006). Supporting children with speech, language and communication needs within integrated children's services. *RCSLT Position Paper*. Disponível online em: http://www.rcslt.org/docs/free-pub/Supporting_children-website.pdf www.rcslt.org (acedido em 20/06/2015).

Gordon, R. M., Corcoran, J. R., Bartley-Daniele, P., Sklenar, D., Sutton, P. R. & Cartwright, F. (2013). A Transdisciplinary Team Approach to Pain Management in Inpatient Health Care Settings. *Pain Management Nursing*, pp.1-10.

Guralnick, M. J. (2005). An overview of the developmental systems model for early intervention. In Guralnick, M. J. (Ed.) *The developmental systems approach to early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Guralnick, M. J. (2011). Why Early Intervention Works, A System Perspective. *Infants & Young Children*, 24(1), 6-28.

Limbrick, P. (2001) *The Team Around the Child: Multi-agency service co-ordination for children with complex needs and their families*. UK: Interconnections

Kuhlmann, M. (2004). Transdisciplinary Team: An evolving approach in rehabilitation. American Congress of Rehabilitation Medicine. Disponível online em:

http://www.utmb.edu/pmch/GSO/Evolving_Approach_to_Rehabilitation.htm (acedido em 20/06/2015).

Mendes, A., Santos, M., Oliveira, I., Frey, A., Mogas, S., Cunha, M., Correia, P., Patrício, B., Vital, A. (2004). Implementação do Processo de Bolonha. Área de Conhecimento – Tecnologias da Saúde. Curso de Terapia da Fala (ANEXO V). Lopes, A. (Coord.). *A implementação do Processo de Bolonha a Nível Nacional: Grupos por Área de Conhecimento das Tecnologias da Saúde*. Disponível online em: http://www.mctes.pt/archive/doc/Bolonha_Tecnologias_da_Saude.pdf (acedido em 28/06/2015).

McWilliam, R. A. (2010). *Routines-Based Early Intervention: Supporting Young Children and Their Families*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

National Scientific Council on the Developing Child (2012). *The Science of Neglect: The Persistent Absence of Responsive Care Disrupts the Developing Brain: Working Paper 12*. Consultado em 20/09/2013, disponível em http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports_and_working_papers/working_papers/wp12/

Peterson, N. (1987). *Early intervention for handicapped and at risk children: An introduction to early childhood special education*. Denver: Love.

Pinto, A. I., Grande, C., Aguiar, C., de Almeida, I. C., Felgueiras, I., Pimentel, J. S., Serrano, A. M., Carvalho, L., Brandão, M. T., Boavida, T., Santos, P. & Lopes-dos-Santos, P. (2012). Early childhood intervention in Portugal: An overview based on the Developmental Systems Model, *Infants & Young Children* 25, 4: 310 - 322.

Rosen, C., Miller, A. C., Pit-ten Cate, I. M., Bicchieri, S., Gordon, R. M. & Daniele, R. (1998). Team approaches to treating children with disabilities: A comparison. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, pp. 430–434.

Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek & G. Siegel (Eds.), *Review of Child Development Research* (Vol. 4, pp. 187-244). Chicago: University of Chicago Press.

Sandall, S. R. & Schwartz, I. S. (2003). *Construindo blocos: estratégias para incluir crianças com necessidades especiais em idade pré-escolar*. Porto: Porto Editora.

Serrano, A. (2007). *Redes Sociais de Apoio e a Sua Relevância para a Intervenção Precoce*. Porto: Porto Editora.

Serrano, A.M. & Abreu, F. (2010, Janeiro, Fevereiro, Março). Intervenção Precoce na DREER: Um Projeto de Investigação-Ação. *Revista Diversidades* 27, 24-27.

Shonkoff, J. P. & Phillips, D. A. (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington D.C.: National Academy Press.

Slee, P. T., Campbell, M. & Spears, B. (2012). *Child, adolescent and family development*. Cambridge: Cambridge University Press.

Tegethof, M. (2007). *Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Porto. FPCEP.

The Speech Pathology Association of Australia (2009). Transdisciplinary Practice. Position Statement. Disponível online em:
http://www.speechpathologyaustralia.org.au/library/position_statements/Transdisciplinary_Practice.pdf (acedido em 01/07/2015).

PERCURSO PROFISSIONAL NA INTERVENÇÃO PRECOCE

Formação

Especialização em Educação Especial – Intervenção Precoce, na Universidade do Minho (2010).

Experiência Clínica em Intervenção Precoce

Terapeuta da fala e mediadora de casos na Equipa Local de Intervenção Precoce (ELI) Braga Saudável (em Braga), integrada em equipa transdisciplinar, realizando avaliação em arena, intervenção preferencialmente nos contextos naturais de vida das crianças e organização de encontros e grupos de pais (de junho 2012 a outubro 2014);

Membro das reuniões de supervisão técnica (formação) das Equipas Locais de Intervenção Precoce de Braga, Vila Real e Bragança, na Universidade do Minho (setembro 2013 a julho de 2014);

Terapeuta da Fala na Fundação AMA, integrada em equipa interdisciplinar, realizando avaliação e intervenção em domicílio, contexto educativo ou em regime ambulatorio, com crianças entre os 0 e os 6 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) e suas famílias (desde outubro de 2014).

Experiência Académica

Docente da Pós-graduação em Terapia da fala em Contexto Educacional (Centro EPAP/ESTAL – Escola de Tecnologias e Artes de Lisboa), leccionando a Unidade Curricular de Práticas em Intervenção Precoce – o papel e o perfil do Terapeuta da fala (anos letivos 2012/13 e 2013/14);

Orientação de trabalhos académicos na área da Intervenção Precoce na ESTSP-IPP (desde 2011);

Júri de trabalhos da unidade curricular de Projeto de Investigação em Terapia da Fala I e II (3º e 4º ano) na área da Intervenção Precoce, na ESTSP-IPP (desde 2011).

Póster

Internacional Early Childhood Intervention Conference 2012

“Práticas Centradas na Família na ELI Braga Saudável: um estudo de caso exploratório”

Autores: Joana Carvalho, Luís Dias, Margarida Cruz, Maria João Junqueira, Paula Milhazes, Sameiro Araújo, Sónia Mendes

Local: Universidade do Minho, Braga

Data: 13 e 14 de setembro 2012